



Municipalité de  
**Sainte-Clotilde-de-Horton**

---

# ***Politique de reconnaissance des organismes***

Juin 2009

## ANNEXE 1

### *Demande d'accréditation*

## **DEMANDE D'ACCRÉDITATION**

Toute demande d'accréditation faite sur le formulaire prévu à cet effet est référée à la Municipalité de Sainte-Clotilde-de-Horton pour étude et devra être accompagnée des documents suivants :

- Copie de la charte (OBNL seulement)
- Règlements généraux (si existants)
- Liste des membres du conseil d'administration (nom, adresse, tél., titre)
- Copie du contrat d'assurance responsabilité civile (ou lettre d'entente avec un autre organisme)
- Bilan et états financiers annuels consignés par deux (2) administrateurs
- Rapport annuel d'activités

**Note : Cette demande doit être renouvelée aux deux (2) ans.**

## DEMANDE D'ACCRÉDITATION

### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Nom du répondant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ (Rés.) \_\_\_\_\_ (Bur.)

Courriel : \_\_\_\_\_ Site Web : \_\_\_\_\_

### 2. RENSEIGNEMENTS SUR L'ORGANISME

Date de création de l'organisme : \_\_\_\_\_

Votre organisme est-il légalement constitué :

Oui

Non

En voie d'incorporation

Votre organisme opère :

➤ À longueur d'année

➤ En saison : De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Possédez-vous une assurance responsabilité civile? \_\_\_\_\_

Êtes-vous associé à un autre organisme ou un regroupement comme le vôtre?

\_\_\_\_\_

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

### **3. RENSEIGNEMENTS SUR L'INTERVENTION DE L'ORGANISME**

Buts poursuivis :

---

---

---

---

Secteur (s) d'intervention (cocher les cases appropriées) :

Sportif           Communautaire           Culturel

Les participants aux activités de votre organisme se composent d'individus dont l'âge varie entre :

	Nombre résidents	Nombre non-résidents
Enfants de 12 ans et moins	_____	_____
Adolescents de 13 à 17 ans	_____	_____
Adultes de 18 à 59 ans	_____	_____
Adultes de 60 ans et plus	_____	_____

Nombre de personnes formant le conseil d'administration :

Résidents (es) \_\_\_\_\_          Non-résidents(es) \_\_\_\_\_

Lieu(x) des activités :

---

Je certifie que les renseignements susmentionnés sont véridiques et reflètent bien la situation actuelle de notre organisme.

\_\_\_\_\_  
Signature du répondant

\_\_\_\_\_  
Date

